

A atuação do psicólogo em UTI Neonatal: uma experiência para contar

The Psychologist's Performance in a Neonatal Intensive Care Unit

ELIZETE APARECIDA LEITE DE CAMPOS*

Resumo

O presente texto busca uma reflexão acerca da atuação do psicólogo clínico em unidade hospitalar neonatal. Discute o papel do psicólogo e as possibilidades de facilitação da aproximação e dos vínculos entre mãe-filho, que, muitas vezes, são comprometidos pelo ambiente impessoal, pelas regras das instituições de saúde, bem como pelo medo da separação e morte.

Palavras-chave: psicólogo hospitalar; terapia intensiva, vínculos; recém-nascidos.

Abstract

This paper seeks to reflect on the clinical psychologist's work in a neonatal hospital unit. It discusses the psychologist's role and the possibilities for facilitating the approach and bonds between mother and child, which are often compromised by the impersonal environment and the rules of health institutions as well as by the fear of separation and death.

Keywords: hospital psychologist; intensive care; bonds; newborns.

A atuação de um psicólogo em unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal impõe desafios pela delicadeza das questões ali tratadas: o amor dos pais por seus bebês, o limiar entre a vida

* Psicóloga hospitalar, graduada pela Universidade Metodista de São Paulo.

e a morte, pais feridos narcisicamente pelos defeitos físicos das crianças. Há *nuances* que variam do sofrimento pela dor do outro à plena gratificação pessoal e profissional quando veem os bons resultados. No entanto, qualquer que seja o “final da história”, o que justifica, a meu ver, a presença de um psicólogo em uma UTI Neonatal é o fato de que ali existem bebês, mães e pais sob ameaça. Esta ameaça pode ser de diferentes níveis, porque existe a real e a que se origina na subjetividade dos sujeitos, e um diagnóstico relativamente simples pode ser vivido como o limiar entre a vida e a morte; e mesmo o oposto: quadros graves podem ser encarados como problemas pequenos e breves. Por serem sujeitos únicos, cada um viverá a internação ao seu modo, e por necessitarem de escuta, ali estamos nós para auxiliar as famílias nessa transição que significa a chegada de um filho.

Sou testemunha de que conceber um filho é um processo humano dos mais belos, um processo que vai muito além do fisiológico – envolve projetos de vida familiar, envolve futuros, sonhos. Estes sonhos podem ser subitamente interrompidos por uma intercorrência na gestação ou no nascimento que acomete o recém-nascido e, por extensão, seus pais – e posso afirmar que nenhuma mãe e nenhum pai estão preparados para visitar o bebê que acaba de nascer em uma UTI neonatal. Em seu imaginário, os filhos são perfeitos e irão para casa após as 48 horas habituais. E aí vem o assombro, a incompreensão e sempre o medo. O que está sob ameaça, nesse momento, não é só a vida da criança, é um processo vincular por si só complexo que se inicia (ou deveria iniciar-se) imediatamente após o nascimento. E o que dizer quando é involuntariamente adiado? Szejer pergunta:

O que acontece quando os vínculos pós-natais precoces não são preservados? O que ocorre com crianças separadas de seus pais desde o nascimento? Uma vez que o vínculo pré-natal se faz através do corpo materno, a separação neonatal acarreta uma ruptura no modo relacional mãe-criança, cujas bases pré-natais estão memorizadas, tanto numa como na outra. A perda desses marcos de referência provoca uma desorganização psicológica tanto nos pais como na criança (1999, p. 38).

Pergunto-lhes, quem é mais indicado para entender os sentimentos humanos presentes em um momento tão delicado senão o psicólogo? Quem está mais bem preparado para ajudar a minimizar o prejuízo vincular de que nos fala Szejer (1999)? Somos nós, profissionais dos vínculos, que os pais e os outros profissionais da equipe da UTI terão como referência. A autora, novamente, auxilia-nos nesta reflexão ao afirmar que:

O pós-parto é um tempo de ressonância que pede a abertura de espaço para escuta. Pais, avós, familiares e, especialmente a mãe, estão dilatados, abertos. Há muito mais para emergir de dentro de si além do bebê. Há outras dilatações e contrações uterinas. Toda família está dilatada: transborda, procura e aguarda o espaço para expressar algo vital de si mesmo (SZEJER 1999, p. 63).

É a nossa escuta profissional que pode proporcionar-lhes o alívio de que tanto necessitam e a possibilidade de reorganizarem-se emocionalmente. Outro conceito importante, e no qual podemos apoiar nossa ação, é o que Sigmund Freud definiu como paraexcitação, assim descrito em Laplanche e Pontallis:

Termo utilizado por Freud no quadro de um modelo psicofisiológico para designar certa função e o aparelho que é seu suporte. A função consiste em proteger o organismo contra as excitações provenientes do mundo exterior que, pela sua intensidade, ameaçariam destruí-lo. O aparelho é concebido como uma camada superficial que envolve o organismo e filtra passivamente as excitações (1970, p. 422).

Protegidos do excesso de estímulo causado pelas emoções que a internação do bebê provoca e mais estabilizados, esses pais poderão exercer esse mesmo papel e paraexcitar a criança. O que Freud ensina-nos é que podemos nos oferecer como paraexcitação e criar em torno deles uma “película protetora subjetiva”, poupando-os do excesso de estímulos enquanto não conseguem criar sua própria proteção para exercer seu papel de pais protetores. Essa é uma intervenção importante do psicólogo porque, semanas de-

pois, se bem acolhidos, eles serão capazes de diminuir o excesso de excitações do filho.

Sabemos também que um recém-nascido não nasce “sujeito”; para tornar-se um, ele precisa que alguém lhe interprete o mundo, papel, em geral, cumprido pela mãe ao fusionar-se com a criança. Para Winnicott (2006, p. 77), “o fato de serem desejados e amados pelas mães, pais e demais membros da família fornece-lhes o contexto no qual cada criança tem a oportunidade de se tornar um indivíduo”. O autor ainda afirma que “a totalidade do relacionamento deste novo indivíduo com o mundo real tem que se basear na forma como as coisas se iniciam e no padrão que se desenvolve gradualmente, de acordo com a experiência que faz parte deste relacionamento humano entre o bebê e a mãe” (p. 56). Não podemos fazer tudo, mas podemos tornar mais seguro e menos turbulento esse início de relacionamento tão cheio de incertezas.

Então, se a subjetividade do sujeito forma-se a partir do investimento emocional dos pais, é fundamental lembrar que se trata de uma “via de mão dupla”, e para entender esse processo recorreremos à definição de parentalidade de Solis-Ponton (2004), feita a partir das ideias de Serge Lebovici. Afirma a autora: “a parentalidade é o estudo dos vínculos de parentesco e dos processos psicobiológicos que se desenvolvem a partir daí” (2004, p. 29). É um dos processos humanos amplamente estudados por Serge Lebovici, que sofre também modificações quando os “encontros” dos bebês com seus pais iniciam-se em UTIs neonatais. Segundo o autor,

A criança tem um papel ativo na parentalização dos pais [...] e que às vezes, quando a criança tem uma deficiência ou o seu estado não lhe permite responder aos pais, o processo de parentalização é mais complicado (SOLIS-PONTON, 2004, p. 25).

O psicólogo pode promover e facilitar a aproximação entre eles, tão comprometida pelo ambiente pessoal, pelas regras das instituições de saúde, pelo medo da morte (real e imaginário). Somos nós os que amparamos, acolhemos, sustentamos, “empatizamos” e ouvimos... Ouvimos muito e contribuímos para a regulação das emoções, tão necessária à tríade.

Os desafios aumentam porque somos tão humanos quanto os pais e mães que passam por ali durante os meses e anos. E, como humanos, também temos expectativas, raiva, medos, compaixão! Como lidar com esses sentimentos tão diversos? É necessário um equilíbrio entre a neutralidade e a empatia, nem tão neutros a ponto de sermos burocráticos e nem tão envolvidos a ponto de “colarmos-nos” no sentimento alheio, anulando nossa capacidade de ação.

Trabalhamos com pessoas de vínculos distintos e, por isso, nossos sentimentos como pessoas podem estar a serviço do entendimento de tudo o que está implicado nas histórias que se apresentam. Sem isso, não há empatia¹ e o atendimento pode tornar-se automático, burocrático, impessoal, por estar aprisionado às teorias que são, sem dúvida, o nosso suporte, mas não mais importantes do que a vida das pessoas. Não é fácil nos discriminarmos em cenas, às vezes, tão tocantes quanto a morte lenta de bebês, as doenças e os defeitos físicos, mas é um exercício constante e necessário que poderá ser bem-sucedido se a compaixão² pelo outro for genuína. É sempre bom lembrar que a protagonista é a família; é dela a história que ali se revela!

Viver o sofrimento do outro faz-nos temer por nossos filhos, irmãos, sobrinhos, afilhados, crianças que fazem parte da nossa vida e que queremos bem. Como viveríamos a internação e o risco de vida de qualquer um deles, perguntamo-nos. Porque sentimos pelos nossos, podemos reconhecer o sentimento dos pais, e isto permite a empatia e a compaixão.

Muitas expectativas de qualquer profissional que trabalha em UTI estão em jogo, pois “torcemos” pelas famílias e desejamos que os bebês curem-se e voltem para casa. A qualidade do vínculo que criamos com essas famílias, principalmente nas internações longas, credencia-nos a desejar que tudo corra bem e que sejam “felizes para sempre”. Mas expectativas acabam, por vezes, frustradas, pois uma UTI é um lugar de riscos e o que o futuro reserva aos pacientes, às vezes, é a morte, a deficiência ou a limitação permanente. Ainda assim, estamos ali, discriminando nossos sentimentos e agindo, não só

¹ Empatia: tendência a sentir o que sentiria caso se estivesse na situação e circunstância experimentadas por outra pessoa.

² Compaixão: pesar que em nós desperta a infelicidade, a dor, o mal de outrem.

pautados nas teorias do desenvolvimento humano, mas também na empatia e na compaixão. Para lidar com esses aspectos tão exigentes emocionalmente, o preparo do profissional é essencial: as discussões de caso, as releituras de textos, a troca com outros profissionais da psicologia, as supervisões de atendimentos, se necessário forem. Precisamos ter domínio do nosso ofício, pois é o caminho que leva à segurança na hora de agir, não nos deixando reféns de nossos sentimentos, além do reconhecimento dos outros profissionais a um conhecimento que é do psicólogo.

A evolução da neonatologia deu chance de vida aos recém-nascidos que há algumas décadas estavam condenados a morrer ao nascer. Sem dúvida é um enorme avanço nas áreas neo e perinatal; trouxe, porém, desafios aos que atendem essas famílias, como nós, psicólogos, dentre eles, o desafio diário de dar suporte ao sofrimento do outro. Talvez sejam a compaixão e a gratificação os sentimentos que sustentam a atuação de um profissional de UTI neonatal, mas é forte, também, a convicção de que os bebês irão superar tudo e voltar para casa. É inegável a certeza de que contribuímos para a formação de uma nova família que, quando bem assistida, poderá vir a ser uma família saudável com um futuro mais promissor. Não devemos incorrer na onipotência de acreditar que somos profissionais capazes de formar pais e mães. Não somos! Mas podemos ser, e somos, profissionais que contribuem para que mães, pais e filhos consigam, cada um, instalar-se adequadamente no papel que lhes cabe nessa tríade. A repercussão está no futuro dessas crianças e famílias, e é nosso papel possibilitar que sejam o melhor que puderem ser.

É fascinante o universo da maternidade/paternidade, e exercer a psicologia em uma UTI neonatal deu-me privilégios de que poucos profissionais podem usufruir. Pude testemunhar aquilo que pregaram os teóricos que tanto admiramos, como Freud, Winnicott, Bowlby, Lebovici, autores que buscaram explicar algo tão difícil de ser posto em palavras. Pude testemunhar o início da vida e pais e mães surgindo na sua forma mais original; pude reconhecer o amor genuíno nos olhares dos pais e mães para seus pequenos filhos e perceber a cumplicidade silenciosa entre eles. Pude entender a força da paixão e o efeito vital de um simples olhar dedicado a crianças tão frágeis, e do que um ser humano é capaz quando se apaixona... Convenhamos, é um verdadeiro presente para um profissional dos vínculos!

Referências

- LAPLANCHE J.; PONTALLIS J. B. **Vocabulário da psicanálise**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1970.
- SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In: SILVA, M. C. P.; SOLIS-PONTON, L. (Orgs.). **Ser pai, ser mãe. Parentalidade**: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 29-40.
- SZEJER, M. **A escuta psicanalítica de bebês em maternidade**. Conferências de Myriam Szejer no IV Encontro Brasileiro para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal (ABREP). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- WINNICOTT D. W. **Os bebês e suas mães**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Original de 1966).

Endereço para Correspondência:

Elizete Aparecida Leite de Campos

email: elizleite@uol.com.br

Recebido em 11/08/2014

Aceito em: 06/11/2014